



in Valle d'Aosta. Il calo percentuale maggiore è in Basilicata (-41,3%), seguita dalla Calabria (-33,2%). Quelli minori sono invece in Puglia (-1,06%) e Umbria (-1,2%).

Personale non dirigente. La situazione di infermieri&Co è per grandi linee in parallelo a quella dei conti delle Regioni: il personale aumenta ovunque al Nord (tranne in Valle d'Aosta e Liguria), al Centro

(Toscana a parte) e nelle Regioni del Sud che nel 2009 non avevano i conti in rosso, mentre si riduce nelle altre con disavanzi e piani di rientro. L'aumento maggiore e comunque relativamente contenuto è in Trentino (+5,18%), mentre la maggior riduzione è in Calabria (-39,68%).

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OASI 2010 CERGAS BOCCONI

Valutazione dei medici a senso unico: controlli centrati su gestione e budget

In molte aziende c'è carenza di verifiche tecnico-professionali e di rapporti con l'esterno

La valutazione di competenze e prestazioni dei medici Ssn rimane al centro del dibattito e delle proposte normative (non da ultimo, come caso di applicazione per il Dlgs 150/2009 «Brunetta»), rappresentando una sfida ineludibile e complessa del sistema.

La prima difficoltà è nel fatto che il lavoro medico comprende più dimensioni rilevanti, e non è facile selezionare l'oggetto della valutazione. Esso comprende attività di diagnosi ed esecuzione esperta di attività specialistiche; la qualità del rapporto col paziente o i suoi familiari; i rapporti dei medici con gli altri operatori e servizi; l'aggiornamento imposto dal progresso di conoscenze e tecnologie; decisioni che hanno conseguenze economiche importanti; attività di ricerca e didattica ecc. Una seconda difficoltà è che quasi sempre le attività del singolo medico sono inserite in processi assistenziali a cui partecipano una pluralità di attori. Ciò rende difficile isolare una valutazione individuale nell'ambito di un lavoro a più mani. Infine, la qualità del lavoro medico e i suoi risultati sono legati a condizioni organizzative che rimandano a responsabilità aziendali: assegnazione di risorse e obiettivi ragionevoli e in tempo utile, coordinamento aziendale, gestione del clima organizzativo ecc.

Nonostante tali difficoltà, l'utilità di sistemi operativi capaci di valutare con efficacia il lavoro medico resta evidente con riguardo a tutte e tre le affiancate specialistiche: 1) competenze tecnico-professionali; 2) comportamenti organizzativi e professionali; 3) risultati - clinici, economici ecc. - ottenuti.

Guardare a competenze, comportamenti e risultati è coerente con la gestione della qualità (Donabedian propone indicatori di struttura, processo ed esito) e con la teoria organizzativa (Mintzberg identifica nelle competenze specialistiche il principale meccanismo di coordinamento delle "bucrocrazie professionali"). Ulteriore spinta a valutare il lavoro medico viene dalla crescente attenzione del management sanitario ad almeno tre dimensioni: 1) lo sviluppo di sistemi multidimensionali per la misurazione delle

performance aziendali (es. la balanced scorecard, che accanto alle dimensioni "economico-finanziaria", "clienti" e "processi interni", propone la dimensione "apprendimento e innovazione"); 2) la gestione del rischio clinico, che porta a interrogarsi sulle competenze individuali degli operatori; 3) l'accountability e la trasparenza dell'operato delle aziende pubbliche. Infine, valutazione, merito, trasparenza, produttività e soddisfazione dell'utenza sono le parole d'ordine del «decreto Brunetta».

L'esperienza della valutazione dei medici Ssn è giudicata fallimentare da gran parte degli stessi medici. Nel capitolo del «Rapporto Oasi 2010», diversi opinion leader della professione medica affermano che l'unico sistema di valutazione funzionante nelle aziende è il budget, con la conseguente attenzione concentrata su aspetti economico-gestionali e una debole attenzione alla dimensione tecnico-professionale. Essi inoltre auspicano più spazi per il confronto interaziendale, anche se poi ciascuno assegna obiettivi diversi alla valutazione che vorrebbe. Se in generale piace l'idea di una valutazione multi-feedback, la pubblicazione dei curricula vitae non convince e anche la rilevazione della soddisfazione utenti riceve giudizi assai tiepidi.

Per testare quanto detto, può essere utile riferirsi alla concreta esperienza di due aziende che hanno perseguito con determinazione lo sviluppo di un sistema di valutazione del lavoro medico (per dettagli, cfr. Rapporto Oasi 2010).

Il modello Asf (azienda sanitaria fiorentina). Il sistema di valutazione della Asf (azienda sanitaria fiorentina) considera tre dimensioni: 1) obiettivi economici; 2) obiettivi di attività di struttura; 3) valutazione individuale. Il peso delle tre voci varia per i diversi ruoli (per

il capo dipartimento la valutazione individuale pesa 20%, per i dirigenti non responsabili di struttura 65%). La valutazione individuale riguarda tredici competenze gestionali, valutate sulla base delle risposte che il superiore gerarchico del professionista dà a 55 domande "situazionali". Tale valutazione, sottoscritta dal valutato, è espressa consultato il capo Dipartimento. Per scelta dell'azienda, la valutazione individuale in Asf non riguarda invece le competenze tecnico-professionali. Su una scala sintetica A-E, per il 2009 il 17% dei medici ha ottenuto il valore E (il più alto), mentre il valore modale è stato D (39%). In altre parole, il sistema ha portato a valutazioni realmente differenziate.

Il modello leo. Lo leo (Istituto europeo di oncologia), Irccs di diritto privato di Milano, predilige una valutazione modellata su principi e obiettivi dell'accertamento Jci (Joint commission international). Il sistema distingue tra: 1) conoscenze specialistiche (peso 30%); 2) conoscenze non specialistiche (20%) e 3) competenze comportamentali (50%). La valutazione delle conoscenze specialistiche rimanda al sistema Jci di "credenziali" (verifica formale dei titoli e certificati di formazione acquisiti) e "privilegi" (autorizzazioni dell'azienda ai singoli professionisti per svolgere determinate attività), questi ultimi ridefiniti ogni anno dal direttore di unità su 5 livelli (da 0 "non abilitazione" a 5 "abilitazione ad sue fasi logiche e cioè: 1) competenze tecnico-professionali; 2) comportamenti organizzativi e professionali; 3) risultati - clinici, economici ecc. - ottenuti).

I modelli di analisi «differenziale» dell'Asf di Firenze e dell'leo di Milano

comprendono il rispetto dei Pdta, la conoscenza dell'inglese ecc. Il sistema di valutazione prevede un piano di sviluppo individuale (con obiettivi di attività e ricerca) definito ogni anno tra medico e direttore.

Alcune conclusioni. In troppe aziende Ssn i sistemi di valutazione dei medici soffrono di notevoli limiti. Ciò non aiuta la motivazione e lo sviluppo organizzativo. Alcune aziende tuttavia hanno sviluppato sistemi che stanno funzionando e dunque possono diventare un riferimento per le altre.

I sistemi auspicati dagli intervistati e sviluppati nelle due aziende indagate, sono in linea con quanto proposto dai sistemi di valutazione multidimensionale della performance aziendale e di gestione della qualità e del rischio clinico. Meno evidenti risultano gli sforzi di trasparenza e accountability nei confronti dell'ambiente esterno. La Asf a fine giugno 2010 aveva su Internet i curricula vitae dell'1,4% dei suoi medici; lo leo circa il 33% (sono quasi sempre i responsabili delle unità cliniche) ma per tutti i medici era fornito il link a PubMed.

In entrambi i casi è centrale il concetto di competenza (gestionale in Asf, clinica in leo). La valutazione esplicita delle competenze rappresenta un'innovazione importante rispetto alla tradizione del sistema sanitario italiano. La valutazione nelle due aziende si basa in misura centrale sul giudizio del responsabile gerarchico.

Al di là del ruolo del responsabile gerarchico, per le aziende restano la necessità e la responsabilità di sviluppare sistemi di feedback articolati, che diano al professionista informazioni rilevanti sul proprio lavoro (sistemi di valutazione a 360°). Una questione centrale per il successo e la sostenibilità di tali sistemi riguarda la necessità di prevedere sufficienti gradi di delega gestionale, potenziando il ruolo di unità operative, Dipartimenti, distretti ecc.

In nessuno dei due casi la retribuzione variabile è un aspetto rilevante del sistema di valutazione individuale.

Carlo De Pietro, Andrea Francesconi, Federico Lega, Marco Sartirana
Cergas e Sda Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trentino Alto Adige

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	1.834	68	3,85	141	8,33
di cui primari	218	-13	-5,63	-1	-0,46
Veterinari	80	-5	-5,88	-3	-3,61
Odontoiatri	4	1	33,33	1	33,33
Dir. non med.	425	-8	-1,85	23	5,72
Personale	13.800	680	5,18	1.162	9,19
Tot. personale	16.149	723	4,69	1.308	8,81

Emilia Romagna

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	8.481	377	4,65	465	5,80
di cui primari	725	-17	-2,29	-32	-4,23
Veterinari	532	-23	-4,14	-50	-8,59
Odontoiatri	8	1	14,29	1	14,29
Dir. non med.	1.805	17	0,95	9	0,50
Personale	49.119	2.152	4,58	2.687	5,79
Tot. personale	60.033	2.532	4,40	3.114	5,47

Lazio

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	9.500	-733	-7,16	-427	-4,30
di cui primari	722	-113	-13,53	-63	-8,03
Veterinari	340	5	1,49	22	6,92
Odontoiatri	77	-7	-8,33	-14	-15,38
Dir. non med.	1.922	-96	-4,76	-133	-6,47
Personale	40.390	-2.092	-4,92	-1.867	-4,42
Tot. personale	52.337	-2.917	-5,28	-2.386	-4,36

Abruzzo

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	2.620	-163	-5,86	-241	-8,42
di cui primari	249	-44	-15,02	-59	-19,16
Veterinari	176	-4	-2,22	-8	-4,35
Odontoiatri	5	0	-	0	-
Dir. non med.	353	-47	-11,75	-72	-16,94
Personale	11.733	-684	-5,51	-1.126	-8,76
Tot. personale	14.969	-915	-5,76	-1.442	-8,79

Moise

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	666	-47	-6,59	-11	-1,62
di cui primari	66	-12	-15,38	-17	-20,48
Veterinari	79	-2	-2,47	-3	-3,66
Odontoiatri	3	-2	-40,00	-1	-25,00
Dir. non med.	124	-21	-14,48	-28	-18,42
Personale	90	-14	-13,46	-12	-11,76
Tot. personale	3.921	-244	-5,86	-166	-4,06

Calabria

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	4.493	-2.230	-33,17	193	4,49
di cui primari	393	-199	-33,61	-35	-8,18
Veterinari	256	-39	-13,22	6	2,40
Odontoiatri	4	4	-	4	-
Dir. non med.	822	-409	-33,23	-55	-6,27
Personale	17.030	-11.202	-39,68	-1.133	-6,24
Tot. personale	22.706	-13.865	-37,91	-1.009	-4,25

Sicilia

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	10.355	-708	-6,40	57	0,55
di cui primari	807	-87	-9,73	-120	-12,94
Veterinari	457	-9	-1,93	-7	-1,51
Odontoiatri	20	0	-	0	-
Dir. non med.	1.759	-59	-3,25	-47	-2,60
Personale	34.301	-2.110	-5,79	-3.065	-8,20
Tot. personale	46.988	-2.933	-5,88	-3.106	-6,20

Sardegna

Qualifica	2009	Diff. 2006	Diff. % 2006	Diff. 2003	Diff. % 2003
Medici	4.183	444	11,87	421	11,19
di cui primari	283	6	2,17	-18	-5,98
Veterinari	393	17	4,52	-24	-5,76
Odontoiatri	2	-1	66,67	0	-
Dir. non med.	727	59	8,83	29	4,15
Personale	16.306	680	4,35	-123	-0,75
Tot. personale	21.661	1.200	5,86	311	1,46